UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951-1952 — N° 29

L'Auscultation Abdominale dans les Occlusions Intestinales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Novembre 1952

par

J.-C. PATER

Né le 30 Octobre 1927 à POITIERS (Vienne)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies
Diplômé de Médecine Aéronautique

Examinateurs de la Thèse { MM. DUFOUR, professeur, *Président*
POUYANNE, professeur
CHAVANNAZ, agrégé
LENG-LÉVY, agrégé } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1952

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951-1952 — N° 29

L'Auscultation Abdominale dans les Occlusions Intestinales

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Novembre 1952

par

J.-C. PATER

Né le 30 Octobre 1927 à POITIERS (Vienne)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies
Diplômé de Médecine Aéronautique

Examinateurs de la Thèse { MM. DUFOUR, professeur, *Président*
POUYANNE, professeur
CHAVANNAZ, agrégé
LENG-LÉVY, agrégé } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1952

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL MACHEBŒUF, CRUCHET, DUPÉRIÉ, CHELLE

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX, BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopique clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	N...

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER
Pharmacie (3e section)	CAZAUX

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	DUBARRY, F.-J. TRAISSAC, BERGOUIGNAN, LENG-LEVY
Chirurgie générale	LAUMONIER, CHAVANNAZ
Obstétrique	MAHON, CHASTRUSSE
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'EPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI, COUSTOU
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	BABIN
Cryptogamie	LAUBIE
Pharmacie galénique	BOUSSEMART
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	NEUZIL
Pathologie chirurgicale	VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA MARRAINE

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ, DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A Monsieur le Docteur GAUSSEN

Chirurgien des Hôpitaux,

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et n'a cessé de nous conseiller durant sa réalisation.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude.

A Monsieur le Médecin-Général de 2e classe GALIACY

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.
Médaille de la Résistance,

A Monsieur le Médecin en chef de 1re classe SIMON

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Médecin des Hôpitaux de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie,
Médaille d'argent de l'Education Physique.

A NOS JUGES :

A Monsieur le Professeur agrégé LENG-LÉVY

Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de la Libération,
King's Medal for courage of the cause of Freedom.

A Monsieur le Professeur agrégé J. CHAVANNAZ

Chirurgien des Hôpitaux,
Associé National de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Médaille Militaire,
Croix de guerre 1914-1918 1939-1945,
Officier d'Académie,

A Monsieur le Professeur POUYANNE

Chirurgien des Hôpitaux,
Officier d'Académie,

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

A Monsieur le Professeur DUFOUR

Chef des travaux d'anatomie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,

Qui nous fit l'honneur de présider la soutenance de notre thèse.

INTRODUCTION

Dans un article de M. le Docteur Gaussen, paru dans le « Journal de Médecine » de Bordeaux, au début de 1952, nous avons relevé l'exposé de la méthode d'exploration clinique qu'il préconise : « l'auscultation abdominale ».

Dans l'examen purement clinique du thorax, l'auscultation domine les autres techniques par le temps qu'on lui consacre, le soin qu'on lui apporte, la finesse des nuances qu'on lui demande ; l'abdomen, lui, réclame nos yeux, nos mains, et, sauf pour l'accoucheur, poser son oreille sur un ventre n'est pas un geste de routine.

Au cours de nos études, nous n'avons pas été habitué à cette pratique, et pourtant ce n'est pas une découverte récente. Quel intérêt portaient donc nos anciens maîtres à ce moyen d'investigation ? Pourquoi est-il délaissé à l'heure actuelle ? Quels peuvent en être la valeur et l'intérêt.

Tels sont les problèmes que nous allons envisager au cours de cette étude.

HISTORIQUE DE L'AUSCULTATION ABDOMINALE

« Au cours de l'occlusion abdominale, dit Kleinschmitt, le sthétoscope permet presque toujours d'entendre des bruits particulièrement importants. Cet examen qui devrait toujours être fait, est presque toujours oublié. »

Tel est le début des quelques lignes que Mondor, dans son ouvrage sur les diagnostics urgents de l'abdomen, consacre à l'auscultation abdominale.

De fait, ce moyen d'investigation que l'enseignement néglige n'est guère pratiqué actuellement, et pourtant, toute méthode capable de faciliter le diagnostic, souvent difficile, des syndromes abdominaux devrait, semble-t-il, être prise en considération.

Si nous remontons au début du vingtième siècle, nous nous rendons compte de l'importance, de la valeur séméiologique que l'on accordait alors à l'auscultation abdominale.

A la fin du siècle dernier, Frédérick Trêves, chirurgien anglais de Londres, recommandait cette méthode d'examen qu'il pratiquait de la manière suivante :

Plaçant son sthétoscope sur la région caecale, au moment de l'injection d'un lavement, il perçoit l'arrivée du liquide à ce niveau, et il en conclut que l'obstruction, où qu'elle soit, ne siège pas, au moins, sur le gros intestin.

Quelques années plus tard, Tavel, professeur à la Faculté de Médecine de Berne, dans une étude détaillée de la symptomatologie de l'occlusion intestinale, consacrait une place importante à l'auscultation.

Il signale, dans l'occlusion mécanique avant le stade paralytique, les gargouillements nombreux, à timbre amphorique ou métallique ; dans les occlusions paralytiques réflexes ou inflammatoires, les borborygmes nuls ou du moins très atténués.

Il recommande l'auscultation pour déterminer le degré du péristaltisme existant et note que dans « l'apéristaltisme absolu », on n'entend aucun bruit. A l'auscultation, il associe la percussion. Alors que prises chacune à part, elles donnent des résultats encore incertains, il est possible en combinant les deux, en auscultant le bruit de la percussion plessimétrique, de déterminer exactement les limites d'une anse fortement dilatée. Il recommande également la méthode de la « transonnance » où la percussion n'est plus plessimétrique mais digitale. Ces méthodes ont pour but de démontrer le timbre métallique du son recueilli.

En 1908, Mathieu fait paraître un article traitant « le clapotage et la matité déclive dans l'occlusion incomplète de l'intestin ». Il perçoit le clapotage déterminé par la succussion, le bruit des liquides et des gaz qui « progressent en gargouillant et en fusant », et au moment où le malade se couche sur l'un des côtés, il entend le bruit du liquide qui se déplace en gargouillant dans les anses dilatées, en s'écoulant vers la région déclive. Guillaume, de Paris, dans sa thèse en 1922, cherche à permettre, sans hésitation ni arrière-pensée, une intervention plus précoce. Il trouve dans l'examen radiologique de la cavité abdominale et dans l'auscultation de celle-ci, un appréciable complément de renseignements à ceux que fournissaient déjà les autres procédés d'exploration, lui semblant de nature à faciliter singulièrement l'établissement du diagnostic.

Il note, lui aussi, que, dans les conditions pathologiques, le timbre des bruits se modifie pour prendre le caractère amphorique ou métallique tant que l'intestin lutte contre l'obstacle, alors que, en revanche, à une période plus tardive de l'évolution des occlusions mécaniques, l'absence de mouvements péristaltiques est la cause du silence observé.

Quelques auteurs allemands se sont intéressés à l'auscultation abdominale et dans l'ensemble leurs constatations sont identiques à celles que nous venons de décrire.

Comment se fait-il qu'en France, par exemple, cette mé-

thode d'investigation ait pu disparaître à peu près totalement de la pratique courante.

Les espoirs fondés, à une époque, sur les recherches des signes biologiques, et qui, hélas, n'ont pas amené de résultats probants, l'apparition de la radiographie abdominale ont certainement contribué à détourner l'attention des cliniciens et ne faut probablement pas chercher ailleurs les causes qui ont pu faire abandonner pendant des années l'auscultation abdominale.

Alors que nos devanciers avaient plutôt tendance à localiser le siège de l'obstruction et préconisaient l'emploi du sthétoscope, recherchant dans les modifications sthétacoustiques de fines nuances de tonalité, de fréquence et de localisation, l'étude de l'auscultation abdominale, récemment reprise par M. Gaussen semble avoir été traitée dans un état d'esprit différent.

Dès l'abord il nous avertit « que son intention n'est pas de décrire des signes perceptibles seulement pour des oreilles particulièrement fines ou spécialement entraînées, mais plutôt des bruits d'une telle évidence qu'ils peuvent être perçus sans qu'il soit même indispensable d'appuyer son oreille contre l'abdomen ».

Bien que Sergent affirme que l'auscultation abdominale ne fournit pas de renseignements intéressants sur l'état des organes abdominaux, et ne lui reconnaisse d'intérêt que dans les cas de grossesse, d'ascite et de péritonite tuberculeuse, nous pensons au contraire qu'elle est en droit de prétendre dans la séméiologie de l'abdomen, à une place proportionnellement équivalente sinon supérieure à celle qu'elle occupe dans la séméiologie du thorax. Il est évident qu'elle peut être une source trop souvent négligée de renseignements utiles, en particulier dans les occlusions intestinales.

L'AUSCULTATION ABDOMINALE

DANS LE CADRE DES OCCLUSIONS INTESTINALES

L'auscultation abdominale offre un intérêt dans les occlusions proprement dites, c'est-à-dire mécaniques, et aussi toutes les fois que la désorganisation et la diminution de la fonction motrice du tube digestif aboutissent à un arrêt complet du transit intestinal, à un syndrome d'occlusion fonctionnelle.

Ainsi donc :

1° Nous appellerons « **occlusion proprement dite** » l'arrêt du transit des matières et des gaz causé par un obstacle mécanique; dans le cours de celle-ci, nous distinguerons deux phases :

a) **Période sthénique :** de contractilité, de combat, de tumulte initial.

b) **Période paralytique :** d'inertie, de défaite, de silence terminal.

2° Pour la clarté de l'exposé, nous étudierons « **l'occlusion fonctionnelle** », encore appelée selon les auteurs « Iléus paralytique », ou « occlusion dynamique », sous deux rubriques différentes, cette séparation se justifiant par l'étiologie, l'évolution et le traitement de chacune des formes suivantes :

a) **Occlusion fonctionnelle réflexe :** ce sont toutes les stases digestives qui surviennent au cours d'une affection plus ou moins éloignée, une colique hépatique, une colique néphrétique, un syndrome neurologique par exemple, point de départ d'un réflexe qui va perturber le pouvoir contractile normal des tuniques intestinales et empêcher l'évacuation des matières et des gaz.

b) **Occlusion fonctionnelle par péritonite :** c'est le cas de toute stase digestive survenant lorsque l'infection du péritoine

provoque l'arrêt du péristaltisme intestinal, phénomène régi alors par la loi de Stokes : « L'infection d'une séreuse paralyse le muscle sous-jacent ». L'évolution de l'occlusion fonctionnelle par péritonite est différente et, plus tard, par le jeu des adhérences qu'elle provoque, il va se créer un état mixte de péritonite et d'occlusion mécanique d'installation progressive qui n'existait pas dans l'occlusion fonctionnelle réflexe.

L'AUSCULTATION ABDOMINALE DANS LA SYMPTOMATOLOGIE DES OCCLUSIONS INTESTINALES

Au cours de ces syndromes occlusifs et pseudo-occlusifs, nous allons retrouver le même cortège de symptômes plus ou moins nets :

La douleur : notons son siège, sa nature, son rythme, son intensité, la sensibilité personnelle du malade.

Les vomissements : en général décrits comme abondants, faciles, survenant sur un fond permanent d'état nauséeux.

L'arrêt des matières et des gaz : parfois difficile à faire préciser au malade. L'erreur provoquée par l'évacuation du segment intestinal sous-jacent à l'obstacle.

Le ballonnement : signe toujours important; sa prédominance, sa forme; cependant, il peut manquer si l'occlusion est assez haut située sur le grêle.

Le péristaltisme : décelable ou non selon l'état de la paroi abdominale.

Les signes généraux : très variables, intéressants surtout dans les occlusions post-opératoires, où parfois la seule manifestation extérieure est un effondrement de l'état général. L'allure précipitée, dramatique des occlusions hautes.

Les signes biologiques : recherche des débris fécaloïdes dans l'eau de lavage d'estomac, modifications qualitatives de la sécrétion urinaire.

Taux de l'urée sanguine et leucocytose. Tous ces moyens, déjà proposés du temps de Guillaume, n'ont pas d'intérêt pour assurer un diagnostic précoce.

L'examen radiologique : sans préparation, donne des renseignements très intéressants, d'une importance capitale; à pra-

tiquer dès que possible, il nécessite toutefois un matériel spécialisé, alors que le médecin praticien, avec simplement son oreille, peut déjà faire quelques déductions cliniques appréciables.

A l'encontre de nos anciens maîtres et avec M. Gaussen, nous abandonnerons le sthétoscope pour l'auscultation de l'abdomen.

Alors qu'au thorax, les bruits broncho-pulmonaires et les bruits cardiaques se succèdent à un rythme rapide, régulier et permettent des conclusions immédiates ou presque, à l'abdomen les bruits ne se répètent pas à intervalles réguliers. Il faut ausculter longtemps, « un minimum de trois minutes », dit M. Gaussen.

Grâce à cette patience, c'est de l'ensemble des bruits perçus, de leur tonalité, de leur fréquence, de leur localisation, que l'on pourra tirer conclusion.

Mais avant d'étudier les bruits de l'abdomen pathologique, il nous faut être fixé sur les caractères de ceux de l'abdomen normal.

L'INTESTIN NORMAL

La physiologie de l'intestin normal en explique facilement les phénomènes sonores. Le péristaltisme permanent du grêle assure un mélange homogène, émulsionne les gaz dans le liquide intestinal et les parois de l'intestin s'adaptent parfaitement à ce contenu mousseux.

Le péristaltisme s'associe à la résorption pour empêcher que la paroi ne soit distendue par un excès de matières accumulées.

Comparons l'intestin à un ballonnet contenant, sans hyperpression, une émulsion, la mousse :

La succussion n'y détermine aucun bruit.

Si l'on oblige la mousse à traverser un segment momentanément rétréci, on détermine des bruits assimilables aux borborygmes intestinaux, à timbre grave.

Nous retrouvons ces phénomènes en auscultant un abdomen normal : en somme, nous assistons à un concert, continuel mais variable dans le temps et l'espace, selon des conditions que nous allons préciser.

En période digestive, ces éléments sonores, spontanés, les borborygmes, apparaissent à des intervalles de temps assez variables : leur fréquence moyenne est environ dix à douze par minute.

D'intensité très inégale, Guillaume les comparait à des grincements, des craquements, des gargouillements isolés ou en cascade, des bruits de rouet.

De sonorité variable, leur caractère principal, essentiel, est leur timbre grave. La succussion ne détermine aucun phénomène de flot, par l'absence de niveau hydro-aérique, hormis les quelques cas où il s'en produit à l'état normal dans la grosse tubérosité de l'estomac.

Ces intensité, fréquence et spontanéité des borborygmes, leur timbre grave, le silence total à la succussion, tels sont les caractères essentiels des bruits qui doivent être perçus à l'auscultation de l'abdomen chez des sujets normaux.

INTESTIN OCCLUS

Période sthénique.

Si la physiologie de l'intestin normal nous en explique les phénomènes sonores, de même, la physiopathologie de l'intestin occlus nous explique les modifications de ces phénomènes.

Le péristaltisme crée la distension.

A cette première période de l'occlusion mécanique, l'intestin se contracte, lutte contre l'obstacle.

L'onde péristaltique qui chemine de haut en bas sur l'intestin, pousse devant elle une certaine quantité de l'émulsion qui vient buter contre l'obstacle.

Il se produit une hyperpression, par suite une distension des tuniques intestinales immédiatement en amont de l'obstacle. Avec le temps, les ondes péristaltiques, continuant leur action, la distension s'accroît et s'allonge progressivement, remontant vers l'amont.

Cette période de lutte se traduit cliniquement d'ailleurs par des douleurs violentes et paroxystiques, par des ondes péristaltiques visibles si la paroi abdominale est souple.

L'onde péristaltique agissant sur un intestin distendu, ne ferme plus complètement sa lumière. Il persiste au centre de l'anneau contractile une communication entre les portions d'intestin situées de part et d'autre, permettant le reflux du contenu dont l'hémogénéité n'est plus assurée par un contact parfait des parois.

La séparation des liquides et des gaz se produit : formation d'une poche à air aux parois toniques et tendues : cavité de résonance.

Par ses phénomènes de contraction, l'intestin chasse en

partie son contenu vers cette poche à air : production de bruits.

L'auscultation abdominale nous révèle alors :

1° **Des borborygmes** spontanés, intenses au début, peut-être moins nombreux, moins fréquents par la suite que dans un intestin normal, mais plus rythmés dans leur apparition. Ils sont surtout caractéristiques par leur tonalité constamment plus aiguë, métallique.

Au moment d'une colique, quand on voit une anse se dessiner sous la peau, on entend alors de petits tintements métalliques, également séparés les uns des autres, produits par séries, d'une durée de dix à trente secondes. Ils correspondent à la contraction péristaltique d'une anse intestinale.

2° De plus, dans cette éventualité, la succussion détermine **un clapotis** à timbre argentin.

Dans l'interprétation de ces bruits, il nous faut tenir compte de quelques données anatomiques classiques :

— Topographie périphérique, en cadre, des bruits coliques.

— Auscultation du grêle, par contre, dans la région péri-ombilicale.

Quelques causes d'erreur peuvent se présenter :

— Certaines portions très distendues du gros intestin (volvulus du colon pelvien, par exemple), peuvent transmettre, selon le lieu d'auscultation, les bruits d'un grêle normal, avec un timbre argentin.

Certains cas de clapotage gastrique, ou de clapotage du gros intestin après un lavement mal évacué, ou au cours d'un goutte à goutte rectal.

Aux deux signes importants que sont les borborygmes à timbre métallique et le clapotis après succussion viennent s'ajouter à cette période de début quelques petits signes, d'ailleurs classiques :

Il est possible de repérer une anse distendue et même d'en préciser les contours, par l'étude d'une chiquenaude imprimée à la paroi. C'est le « signe du ballon » rapporté par Tavel, décrit par Nothnagel et Kiwull au cours du volvulus du colon pelvien.

Un phénomène analogue se produit lorsqu'une ou plusieurs anses distendues et sous pression forment une caisse de résonance, et permettent l'auscultation des bruits du cœur au niveau de la paroi abdominale. Signe de début, il s'affaiblira lorsque l'intestin, vaincu, ne sera plus tonique, ne formera plus de caisse de résonance.

Ce qui caractérise, en somme, cette première période de l'évolution d'une occlusion, c'est essentiellement le caractère aigu, métallique ou argentin des borborygmes et du clapotis, leur localisation, leur intensité et leur allure paroxystique.

Occlusion mécanique spontanément réduite.

Il arrive parfois qu'une occlusion mécanique se réduise spontanément.

— Rupture d'une bride peu solide par le péristaltisme.

— Désolidarisation de deux anses accolées.

— Détorsion d'un volvulus.

— Hernie étranglée réduite spontanément ou par taxis.

La levée de l'obstacle soulage les tuniques intestinales de l'hyperpression qui les distendait. Le péristaltisme fonctionne à nouveau normalement.

Les borborygmes redeviennent immédiatement nombreux, de timbre grave, et s'entendent dans toutes les régions de l'abdomen.

Par contre, les liquides et les gaz restent encore assez longtemps séparés les uns des autres. La paroi intestinale est immédiatement redevenue flasque. Ne nous étonnons donc pas si la succussion révèle l'existence d'un clapotis dont le timbre est grave.

Ainsi, dans cette éventualité, il persiste un clapotis de timbre grave, alors que les borborygmes ont le timbre, l'intensité, la fréquence, et la dispersion des abdomens normaux.

Période paralytique.

Au cours de cette seconde période de l'évolution, l'intestin

se laisse passivement distendre et ne lutte plus contre l'obstacle.

La distension, provoquée par l'accumulation des matières et des gaz, cause une diminution de l'épaisseur des parois, qui deviennent à la longue extrêmement amincies.

Les douleurs s'atténuent, le péristaltisme n'est plus visible, le ballonnement devient important. Dans l'intestin inerte, acceptant sa défaite, les parois n'ont plus aucune tonicité.

Nous constatons alors :

— Une diminution du péristaltisme, et même sa disparition.

— Partant, plus de brassage du contenu intestinal, formation de niveaux hydro-aériques et absence de bruits spontanés.

— Une distension passive des parois, amincies et atones.

Ces différents facteurs nous expliquent les phénomènes sonores propres à cette période :

1° **Borborygmes rares,** pour ne pas dire complètement absents, dont la sonorité évolue vers un timbre grave.

2° **Des bruits importants de clapotage,** déterminés par la succussion, et présentant la même évolution vers le timbre grave.

SYNDROMES PSEUDO-OCCLUSIFS

Occlusion fonctionnelle réflexe.

Cliniquement, aspect d'occlusion, pas d'obstacle mécanique, mais distension.

Voyons rapidement les causes de cette stase et l'explication qui nous est fournie par l'innervation intestinale.

La motricité de l'intestin est un phénomène intrinsèque et ses mouvements persistent lorsqu'il est isolé et perfusé grâce à l'existence de ganglions nerveux intramuraux. Les variations du rythme intestinal en fréquence et en intensité dépendent des fibres nerveuses sympathiques et parasympathiques contenant à la fois :

a) **Des filets accélérateurs** dont l'excitation conduira à l'occlusion spasmodique.

b) **Des filets inhibiteurs** dont l'excitation conduira à l'occlusion paralytique.

C'est toujours une exagération, en intensité et en nombre, des impulsions nerveuses réflexes transmises par ces fibres qui amènera la stase digestive.

Les causes de ces arcs nerveux réflexes sont diverses :

a) Inflammation de la séreuse péritonéale que nous traiterons plus loin.

b) Lésions vasculaires ou non, abdominales ou à distance.

c) Lésions du système nerveux : stimuli partant de l'intestin même ou de régions plus lointaines.

On a même parlé d'« occlusion psychogène ».

Toutes ces causes conduisent pratiquement l'intestin à un stade tel que ses tuniques musculaires ne sont plus capables d'assurer les évacuations.

Le tractus digestif se laisse plus ou moins passivement dis-

tendre par des gaz surtout et par des matières en moindre abondance, avec formation de niveaux hydro-aériques. Le brassage effectué en temps normal par les contractions intestinales devient nul ou inefficace.

Nous sommes alors en présence :

a) D'un intestin inerte, passivement distendu sur tout son trajet.

b) D'un péristaltisme pratiquement absent.

c) D'une stase liquidienne et gazeuse surtout.

Ces faits nous expliquent :

1° **L'auscultation :** les borborygmes sont rares ou absents; leur timbre est grave.

2° **La succussion :** le clapotis n'existe que quand les liquides sont suffisamment abondants, son timbre est grave.

Ces signes, étant donné l'atteinte du tractus intestinal tout entier, sont perçus un peu partout dans l'abdomen. Il est cependant possible d'entendre de temps en temps quelques borborygmes ou un clapotage à tonalité aiguë dans des secteurs différents, au hasard de quelques rares contractions segmentaires de l'intestin.

En pratique, l'occlusion fonctionnelle réflexe est donc surtout caractérisée par la rareté des borborygmes spontanés et leur timbre grave. Il faut également retenir le caractère variable de la tonalité des bruits perçus, leur irrégularité et leur dispersion.

Occlusion fonctionnelle par péritonite.

« Nous sommes frappé par le silence abdominal », écrit Guillaume.

Ce phénomène s'explique parfaitement, puisque dans la péritonite aiguë généralisée, après quelques heures d'évolution, suivant la classique loi de Stokes, l'intestin est paralysé, sidéré, et son activité péristaltique complètement inhibée.

L'intestin, immobile, va se laisser encombrer par les liquides et les gaz. L'abdomen se ballonne et pendant que l'état général décline et s'altère irrémédiablement, une accalmie trom-

peuse survient en ce qui concerne les signes fonctionnels et subjectifs.

L'auscultation, pratiquée au début de l'affection, nous permet d'entendre des borborygmes de timbre grave.

Ce n'est que plus tard, quand s'installe l'accalmie apparente, que ces borborygmes se font de plus en plus rares et même disparaissent complètement.

C'est alors que la succussion détermine des bruits de flot et de clapotage nombreux et évidents, de timbre grave.

Jadis, l'évolution des péritonites aiguës se terminait là.

A l'heure actuelle, par l'utilisation massive, systématique et précoce des antibiotiques, l'infection est presque toujours endiguée au point qu'elle n'entraîne plus par elle-même la mort de l'individu.

Mais il subsiste pendant un certain temps une stase digestive réflexe, et par le jeu des adhérences, nous assistons à l'installation d'un état d'occlusion mécanique.

L'auscultation ne peut alors prétendre déterminer avec précision ce qui dépend de l'occlusion ou de la péritonite. Elle peut, cependant, dans l'évolution, nous permettre de discerner la vitesse avec laquelle l'occlusion se substitue à la péritonite.

Nous retiendrons :

— En faveur de la péritonite : la dispersion, le silence.

— En faveur de l'occlusion : la tendance à la localisation des bruits qui deviennent plus fréquents, plus forts, plus aigus.

PLACE ET INTERET DE L'AUSCULTATION ABDOMINALE DANS LA SÉMÉIOLOGIE DES OCCLUSIONS INTESTINALES

Devant un syndrome abdominal, « si nous exigeons pour poser le diagnostic le carré de tradition, douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz, météorisme, nous retarderons trop souvent et trop longtemps le diagnostic », telle est l'opinion excellente de Mondor.

Il faudra se contenter d'un syndrome « minimum, ou d'alarme »; or les symptômes cardinaux isolés ne sont pas spécifiques.

Les douleurs et les vomissements manquent parfois complètement, par exemple dans le volvulus du colon pelvien, de même que l'arrêt des matières et des gaz qui, dans la statistique de Miller, citée par Mondor, n'est observé que dans la moitié des cas. Pour lui, incontestablement, le meilleur signe est le péristaltisme qu'il voit et qu'il palpe, d'observation toujours difficile chez un obèse ou un athlète.

Or, ce péristaltisme, nous l'entendons et nous l'interprétons.

Voici quelques observations de malades admis d'urgence à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux; elles viennent illustrer la méthode de l'auscultation abdominale et nous en montrer l'intérêt dans la pratique courante.

Observation n° 1.

X... rentre à l'hôpital le 25 mai 1951 avec une histoire d'occlusion basse datant de quatre jours.

A l'examen : son ventre est très ballonné, surtout à la partie supérieure, dans la région sus-ombilicale et dans l'hypochondre gauche. Cette voussure est tendue, sonore à la percussion.

L'auscultation : révèle des bruits de timbre amphorique, métallique. La succussion donne un clapotis de même timbre, en faveur d'une occlusion mécanique à la période sthénique.

Par ailleurs, le toucher rectal ne donne pas de renseignement.

L'examen radiologique confirme l'occlusion. On pose le diagnostic pré-opératoire de volvulus du sigmoïde.

Intervention : la laparotomie médiane, sous-ombilicale, puis prolongée vers le haut, vient confirmer la présence d'un énorme volvulus du sigmoïde que l'on détord et que l'on vide par sonde rectale. Important dolichocolon avec œdème du méso.

Exitus ultérieur par occlusion complexe secondaire.

OBSERVATION N° 2.

Le 27 juin 1951, François B... se présente pour un syndrome abdominal aigu avec contracture durant depuis 48 heures.

Vomissements, température : 37°6; pouls, 120; opération de Mac Burney : caecum fixé, pus, fausses membranes, recherche et ablation de l'appendice difficile, antibiotiques, drain et mèche par voie lombaire, drain dans la paroi.

Le 1er juillet : le malade rend quelques gaz avec difficulté; coliques violentes, ventre ballonné, faciès plombé.

Auscultation : quelques rares bruits à timbre grave, mais la succussion révèle la présence d'anses dilatées avec une grosse quantité de liquide.

Confirmation par l'examen radiologique.

Le 2 juillet : débâcle diarrhéique, mais aggravation de l'état général, vomissements verdâtres.

Auscultation : très rares bruits, de timbre métallique. La rareté est en faveur de la péritonite. La sonorité indique l'occlusion.

Intervention le 3 juillet : une large laparotomie sous-ombilicale permet d'apercevoir des anses agglutinées par des fausses membranes et une importante quantité de liquide louche.

Il s'agit d'une occlusion, siégeant au niveau des dernières anses grêles, autour du foyer appendiculaire primitif. Autour du moignon mésentérique, la présence d'un gros foyer de péritonite plastique, englobant 2 ou 3 anses intestinales, explique l'occlusion.

Le grêle est vidé au trocard de Lafargue. Les anses sont soigneusement nettoyées. Drainage, antibiotiques.

Finalement, les suites post-opératoires furent bonnes, mais le quatrième jour, on avait été inquiété par un « bruit hydroaérique de flot », à timbre grave, qui était la traduction d'une stase post-opératoire sans obstacle. Guérison.

Observation n° 3.

Le 5 juillet 1951, Antoinette D..., 65 ans, entre à l'hôpital.

Depuis la veille, elle présente des douleurs diffuses, des vomissements. Son pouls est petit, très rapide. On note de la cyanose, une dyspnée « sine materia », un herpès labial.

A l'examen de l'abdomen : ballonnement, contracture.

La palpation est très douloureuse, particulièrement dans la fosse iliaque droite et dans l'hypochondre droit.

Auscultation : on n'entend aucun bruit. On pose le diagnostic pré-opératoire de péritonite appendiculaire.

Intervention : incision iliaque droite. A l'ouverture du péritoine, on découvre du pus mal lié. L'appendice, bien que normal, est enlevé. L'exploration de la région sus-mésocolique et du bassin ne donne rien.

Drainage, fermeture, soins post-opératoires.

La malade part mourante dans la nuit.

Observation n° 4.

Le 4 août 1951, Serge B.., 17 ans, entre à l'hôpital pour appendicite.

Examen clinique : le ventre, modérément ballonné, ne respire pas.

A la palpation : pas de contracture franche, mais une douleur à la pression dans toute l'étendue de l'abdomen.

Coliques paroxystiques dans la région du transverse avec douleur diffuse dans tout l'abdomen.

Au toucher rectal : conglomérat d'anses, haut situé dans le Douglas et à droite. Le doigtier ramène du pus.

Etat général : teint terreux. Pouls : 130; cachexie et déshydratation grave.

L'auscultation : silence relatif au moment de l'examen. Bruit de flot à la succussion, discret, difficile à chercher à cause de la

contracture de la paroi. On pose le diagnostic pré-opératoire d'appendicite avec occlusion.

Intervention : laparotomie médiane. On enlève un demi-litre de liquide louche, non purulent, inodore.

Anses très dilatées, distendues, avec hématomes sous-séreux. Ponction et vidange au trocard.

Conglomérat des trois dernières anses grêles, autour d'un abcès très fétide.

Les anses, séparées, sont dépéritonisées et hémorragiques, leur méso est épaissi, couvert par endroit de fausses membranes. Le grêle est percé en un endroit.

Résection des trois anses grêles. Suture latéro-latérale. Soins post-opératoires.

Bonnes suites opératoires.

Observation n° 5.

Dominique P..., 34 ans, rentre à l'hôpital le 20 août 1951 pour une contusion abdominale due à une chute de bicyclette, son abdomen ayant porté sur une borne. L'accident survient à 18 heures et le traumatisé rentre chez lui par ses propres moyens.

Examiné 6 heures après, on note : un bon aspect général, faciès coloré, pouls : 90; un arrêt absolu des matières et des gaz; des vomisesments; une douleur diffuse et peu intense.

L'abdomen ne respire pas et présente une contracture généralisée, avec sonorité pré-hépatique.

Au toucher rectal : Douglas très douloureux.

L'auscultation : révèle un « silence total ».

L'examen radiologique ne montre pas de croissant gazeux.

On pose le diagnostic pré-opératoire de perforation intestinale.

Intervention : laparotomie. Liquide louche, peu abondant, quelques fausses membranes.

On découvre une perforation du grêle de 1 centimètre au sein d'une zone contuse avec un piqueté hémorragique.

Aspiration, résection, suture, antibiotiques, drainage latéral.

Observation n° 6.

Le 15 octobre 1951, un malade, âgé de 42 ans, entré à l'hôpital

8 jours auparavant pour des troubles articulaires, ou un syndrome neurologique vague, présente un syndrome abdominal.

Les renseignements sont inexistants et l'interrogatoire difficile.

Bon état général. Pouls à 90. Dans un abdomen très ballonné, on ne perçoit pas de péristaltisme.

Auscultation : l'intestin semble lutter quoique paresseux. Bruits normaux, mais peu fréquents.

Au toucher rectal : rectum plein de matières. Deux injections intra-veineuses de prostigmine à un quart d'heure d'intervalle, déchaînent une tempête abdominale (vérifiée à l'auscultation) mais pas de selle, ni d'émission de gaz.

Un examen radiologique pratiqué le lendemain montre deux gros niveaux liquidiens qui font penser à un volvulus.

L'état général s'altère et 24 heures après le premier examen, on décide d'intervenir.

Intervention : laparotomie médiane. On découvre un gros intestin allongé, rempli de gaz; un sigmoïde bourré de matières.

La fin du grêle commence à participer à la distension, qu'aucun obstacle n'explique, malgré un examen minutieux. On évacue les gaz et les matières. On referme.

Il s'agit d'une occlusion fonctionnelle, vraisemblablement d'origine médullaire. Il y a également rétention d'urine, sans doute, de même origine.

Le pronostic est réservé.

Observation n° 7.

Le 25 octobre 1952, Mme H..., âgée de 53 ans, au lourd passé opératoire (sa dernière intervention eut lieu à Tastet-Girard en 1949 pour occlusion intestinale), est amenée à l'hôpital pour des crises douloureuses abdominales à type de coliques rapprochées, des nausées, des vomissements verdâtres, ce syndrome ayant débuté 5 heures auparavant. L'état général est bon.

Examen de l'abdomen : l'inspection et la palpation permettent de noter le péristaltisme.

L'auscultation : révèle des borborygmes à sonorité aiguë, et quelques bruits métalliques à la succussion : signant l'occlusion.

L'examen radiologique : on remarque quelques niveaux liquidiens.

On pose le diagnostic pré-opératoire d'occlusion intestinale.

Intervention : dilatation généralisée du grêle avec stase liquidienne. Bride et adhérences provenant des interventions précédentes.

On vide les anses; on lève l'obstacle; on referme.

Bonnes suites opératoires.

L'auscultation abdominale, méthode simple, a donc sa place dans la séméiologie des occlusions intestinales.

Tandis que les éléments importants, visibles ou palpables du diagnostic des occlusions manquent souvent en clinique, les signes d'auscultation sont beaucoup plus constants, car s'ils peuvent coexister avec ces signes visibles ou palpables, on les constate même en l'absence de ceux-ci.

Les renseignements fournis par l'inspection, la palpation et la percussion sont fort intéressants du point de vue diagnostic. Mais ils ne sont guère reconnaissables que dans les premières phases de l'affection et sur les ventres suffisamment maigres et souples pour se prêter à pareilles recherches. Plus tard, le météorisme, devenu considérable, recouvre et masque toutes les distensions localisées.

L'auscultation abdominale nous renseigne, elle, directement sur la valeur fonctionnelle du muscle intestinal. Dans cette évaluation, c'est un moyen plus fidèle que la douleur, dont l'importance et les paroxysmes sont toujours modifiés par la sensibilité personnelle du sujet.

Nous ausculterons longtemps, à plusieurs reprises, nous chercherons à entendre tous les bruits, leur fréquence, leur intensité, leur tonalité, leur localisation, afin d'en tirer le maximum d'éléments capables d'orienter le diagnostic.

On ne peut, bien sûr, demander à un seul signe la décision de ce diagnostic, et l'auscultation abdominale ne doit pas faire négliger les autres examens cliniques, en particulier la radiographie sans préparation.

Il est cependant important d'avoir à sa disposition un moyen commode et simple, capable de renseigner sur l'état physique

et fonctionnel de l'intestin à un moment déterminé de l'évolution d'une occlusion.

C'est pour ces raisons que l'auscultation abdominale ne doit pas être considérée comme une méthode d'examen d'intérêt secondaire, mais plutôt comme une recherche de premier plan, d'importance capitale.

CONCLUSIONS

Dans le chapitre des occlusions intestinales, l'auscultation abdominale trouve sa place et son intérêt dans le fait que l'on peut se représenter l'état de l'intestin en se servant des bruits qu'il détermine.

Appliquée à la chirurgie d'urgence, leur étude montre que les modifications de ces bruits correspondent très exactement à des modifications anatomiques ou fonctionnelles bien déterminées.

Il est possible, grâce à leur constatation, de se faire une opinion sur les contractions intestinales et sur l'importance du météorisme abdominal.

Il est également possible de déceler un état d'atonie intestinale paralytique ou des phénomènes insuffisamment intenses pour qu'ils se traduisent cliniquement par d'autres signes.

Grâce à ces précieuses indications recueillies au cours de l'auscultation abdominale, nous conclurons avec M. Gaussen :

« C'est de son utilisation plus constante et de son étude plus approfondie qu'il faut espérer une meilleure connaissance des syndromes abdominaux, un diagnostic plus précoce et de meilleures statistiques opératoires. »

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU
Le 8 novembre 1952
Pour le Doyen,
L'Assesseur :
R. SIGALAS.

Le Président de Thèse :
R. DUFOUR.

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 10 novembre 1952
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

BROCQ (P.) et EUDEL (F.). — L'occlusion intestinale aiguë. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale.* Estomac-Intestin, p. 9.041.

GAUSSEN (M.-A.). — 1. L'auscultation de l'abdomen. *Journal de Médecine de Bordeaux,* 1952, p. 25-31. — 2. A propos de la physiopathologie et du traitement de l'occlusion intestinale. *Bordeaux-Chirurgical,* janv. 1952, p. 9-14.

GAUSSEN (M.-A.) et BOUYSSOU. — Sur la radiologie des abdomens aigus. *Journal de Médecine de Bordeaux,* 8 mai 1950.

GUILLAUME (A.-C.). — 1. L'examen radiologique et l'auscultation abdominale dans l'iléus. Thèse Paris, 1922. — 2. L'examen radiologique et l'auscultation abdominale dans l'iléus. *Bulletin Médical,* Paris, 1922.

HOFMANN (J.). — Ueber die auskultatorische Perkussion. *Münch méd. Worchenschr.,* 1901, n° 35.

HURMIC. — Contribution à l'étude du diagnostic des occlusions post-opératoires. Thèse Bordeaux, 1951.

LEJARS (F.). — Traité de chirurgie d'urgence. Masson, édit., Paris, 1909.

MATHIEU. — Le clapotage et la matité déclive dans l'occlusion incomplète de l'intestin. *Société Médicale des Hôpitaux,* 22 mai 1908.

MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen. Masson, édit., Paris, 1947.

SÉNÈQUE et ROUX. — Iléus spasmodique. *Presse Médicale,* 4 mars 1944.

SERGENT. — Traité élémentaire d'exploration clinique médicale. Masson, édit., Paris 1950.

SEYER. — Contribution à l'étude étiologique, clinique et thérapeutique des occlusions intestinales post-opératoires. Thèse Paris, 1945.

SOUPAULT et BENASSY. — Conceptions actuelles de l'occlusion intestinale aiguë du grêle. *Paris Médical,* 10 sept. 1941, p. 146.

Tavel. — Le diagnostic du siège de l'occlusion dans l'iléus. *Revue de chirurgie*, 1903.

Trêves (F.). — Intestinal Obstruction. *New ed. London.* Cassel and C°, 1899.

Wahl (R.). — Météorisme et gaz. Séméiologie générale. *Encyclopédie Médico Chirurgicale.* Estomac-Intestin.

Wilms (M.). — Der Ileus. Pathologie und Klinik des Darm verschlusses, 1906.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	11
Historique de l'auscultation abdominale	13
L'auscultation abdominale dans le cadre des occlusions intestinales	17
L'auscultation abdominale dans la symptomatologie des occlusions intestinales	19
L'intestin normal	21
L'intestin occlus	23
Syndromes pseudo-occlusifs	27
Place et intérêt de l'auscultation abdominale dans la séméiologie des occlusions intestinales	31
Conclusions	39